

Herzlich willkommen in unserer Praxis!

Wir freuen uns, dass Sie uns Ihre Zahngesundheit anvertrauen wollen. Bevor wir uns in Ruhe über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, bitten wir Sie, sich kurz Zeit zu nehmen und diesen Bogen vollständig auszufüllen. Bei eventuellen Fragen helfen wir Ihnen gerne. Vielen Dank für Ihre Mühe!

Name:	_____	Beruf:	_____
Vorname:	_____	Tel. privat:	_____
Straße:	_____	Tel. geschäftl.:	_____
PLZ, Ort:	_____	Tel. Mobil:	_____
Geburtsdatum:	_____	Email:	_____
Geburtsort:	_____		

☐ Gesetzliche Krankenversicherung	☐ Mitversichert bei
☐ Private Krankenversicherung	Name: _____
☐ Beihilfe	Vorname: _____
	Geburtsdatum: _____

Wünschen Sie eine besondere Beratung über:

☐ Professionelle Zahnreinigung	☐ Schnarchtherapie / Schlafapnoetherapie
☐ Ästhetische Zahnheilkunde	☐ Implantate
☐ Zahnaufhellung	☐ Kiefergelenksbehandlung
☐ andere Themen: _____	

Können wir etwas tun, damit Sie sich in unserer Praxis besonders wohlfühlen?

Wann war Ihre letzte Zahnbehandlung? (ca.) _____

Wurden in den letzten 2 Jahren zahnärztliche Röntgenbilder erstellt? ☐ ja ☐ nein

Wünschen Sie an Ihre nächste Kontrolluntersuchung erinnert zu werden? ☐ ja ☐ nein

Ich wünsche von Ihnen an meine Zahnarzttermine erinnert zu werden. Dafür stimme ich der Speicherung meiner personenbezogenen Daten durch die Praxis zu. Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich oder mündlich widerrufen kann (Art. 7 Abs. 3 DSGVO). Mir ist bekannt, dass mein jederzeit möglicher Widerruf der Einwilligung die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt (Art. 7 Abs. 3 Satz 2 DSGVO).

Travemünde, den: _____

Datum

Unterschrift

Bitte beantworten Sie auch die Gesundheitsfragen auf der Rückseite ►►►

Besteht oder bestand bei Ihnen eine der folgenden Erkrankungen ?

	JA	NEIN	
Allergien (z.B. Penicillinallergie)	☐	☐	_____
Atemwegserkrankungen (wenn ja, welche?)	☐	☐	_____
Blutgerinnungsstörungen	☐	☐	_____
Diabetes / Zuckerkrankheit	☐	☐	_____
Epilepsie, Anfallsleiden	☐	☐	_____
Gelenkendoprothesen	☐	☐	_____
Glaukom (Grüner Star)	☐	☐	_____
Schilddrüsenerkrankung	☐	☐	_____
Herz-Kreislauf-Erkrankungen	☐	☐	_____
Herzinsuffizienz / -schwäche	☐	☐	_____
Herzinfarkt / Schlaganfall	☐	☐	_____
Herzrhythmusstörungen, Herzschrittmacher	☐	☐	_____
Herzklappenerkrankung	☐	☐	_____
erhöhter oder zu niedriger Blutdruck	☐	☐	_____
Hepatitis	☐	☐	_____
Immunmangelsyndrom (HIV / AIDS)	☐	☐	_____
Creutzfeld-Jakob Erkrankung (CJK / vCJK)	☐	☐	_____
Lebererkrankungen	☐	☐	_____
Magen-Darm-Erkrankungen	☐	☐	_____
Nierenerkrankungen / Dialyse	☐	☐	_____
Osteoporose	☐	☐	_____
Rheumatische Erkrankungen	☐	☐	_____
Tumorerkrankungen	☐	☐	_____

Besteht eine Schwangerschaft ?	☐	☐	_____
Rauchen Sie? (wenn ja, wie viel ca.?)	☐	☐	_____
Nehmen Sie Medikamente ? (welche?)	☐	☐	_____

Wurden Ihnen jemals Bisphosphonate (z.B. gegen Osteoporose) verabreicht oder injiziert?	☐	☐	_____
Befinden Sie sich in ärztlicher Behandlung?	☐	☐	_____
Name Ihres Hausarztes:			_____

Die Datenschutzerklärung gem. Art. 13 DSGVO der Zahnarztpraxis Dr. Jochen Reimer / Dr. Arno Blankenburg zur Erhebung personenbezogener Daten habe ich zur Kenntnis genommen.

Travemünde, den : _____

Datum

Unterschrift